

# Ärztliche Hilfsmittelverordnung

Name, Vorname	Krankenkasse
Geburtsdatum	Versichertennummer
Straße, Nr.	Telefon
PLZ, Ort	Mobil

Diagnose

Tag der Verlegung/Entlassung	Verlegung/Entlassung nach
Ansprechpartner	Telefon
Zuständiger Haus bzw. Lungenfacharzt	

Bei o. g. Patientin/Patienten besteht die Indikation zur Langzeit-Sauerstofftherapie gemäß den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Pneumologie. Alle medikamentösen Therapiemöglichkeiten wurden ausgeschöpft.

	in Ruhe				unter Belastung			
	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>	pH	SaO <sub>2</sub>	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>	pH	SaO <sub>2</sub>
ohne O <sub>2</sub>								
mit O <sub>2</sub>								

Ruhe PaO<sub>2</sub> ≤ 55 mmHg (7,3 kPa)

Es handelt sich um eine Palliativtherapie, deshalb ist die BGA nicht Bestandteil dieser Verordnung.

Zur Fortsetzung der Therapie im nachstationären Bereich werden folgende Hilfsmittel empfohlen:

<input type="radio"/> <b>Stationärer Konzentrator</b> <input type="radio"/> <b>Mobiler Konzentrator</b>	<input type="radio"/> <b>Flüssigsauerstoff</b> inkl. 1. Mobilteil	<input type="radio"/> <b>O<sub>2</sub>-Druckgasflasche</b> inkl. Tragetasche	<input type="radio"/> <b>Flaschenfüllsystem</b>
--	--	---	---

inkl. Verbrauchsmaterial

Der Patient benötigt auf Grund seiner Sauerstoffabhängigkeit eine netzunabhängige Notfallversorgung.

Geräteeinstellungen:

Flussrate:	Ruhezustand: l/min	Belastung: l/min	Schlaf: l/min
Applikationsdauer: Std/Tag	Mobilität: Std/Tag		
Patient ist demandfähig: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Stufe: (1) (2) (3) (4) (5) (6)		

Definition Mobilität: Patient bewegt sich regelmäßig in einem Radius >10m

**Besonderheiten:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum	Unterschrift Arzt/Klinik/Stempel
-------	----------------------------------